ÜBER

LIPOME DER HAND UND FINGER.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÆSIDIUM VON

Dr. **P. BRUNS,**
O. Ö. PROF. DER CHIRURGIE UND VORSTAND DER CHIRURG. KLINIK IN TÜBINGEN

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT ZU TÜBINGEN

VORGELEGT VON

HERMANN STEINHEIL,
APPROB. ARZT AUS STUTTGART.

TÜBINGEN, 1891.
H. LAUPP'SCHE BUCHHANDLUNG

ÜBER

LIPOME DER HAND UND FINGER.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÆSIDIUM VON

Dr. **P. BRUNS,**

O. Ö. PROF. DER CHIRURGIE UND VORSTAND DER CHIRURG. KLINIK IN TÜBINGEN

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT ZU TÜBINGEN

VORGELEGT VON

HERMANN STEINHEIL,

APPROB. ARZT AUS STUTTGART.

TÜBINGEN, 1891.

H. LAUPP'SCHE BUCHHANDLUNG

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550015_0120

Im Laufe des letzten Jahrzehnts sind an der Tübinger Klinik einige Fälle von Lipomen an Hand und Fingern zur Beobachtung und Operation gekommen, welche wegen ihrer Seltenheit der Mitteilung wert sein dürften.

Dass das Vorkommen von Fettgeschwülsten an Hand und Fingern ausserordentlich selten ist, erhellt daraus, dass Busch [1]) (1865) die Behauptung aufstellte, dass erworbene Lipome an der Volarseite der Hand überhaupt nicht vorkommen. Diese Annahme ist seither durch eine Anzahl von Veröffentlichungen widerlegt. In der deutschen Litteratur hat Grosch [2]) neuerdings eine Zusammenstellung von 13 Fällen geliefert. Die französische Litteratur weist eine Arbeit über diesen Gegenstand von Poulet [3]) auf, der im Ganzen 25 Fälle gesammelt hat. Bei genauer Durchsicht der Litteratur konnte ich 49 Fälle sammeln, die am

1) Langenbeck's Archiv. Bd. VII. S. 145.
2) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. XXVI.
3) Revue de Chirurgie. 1886.

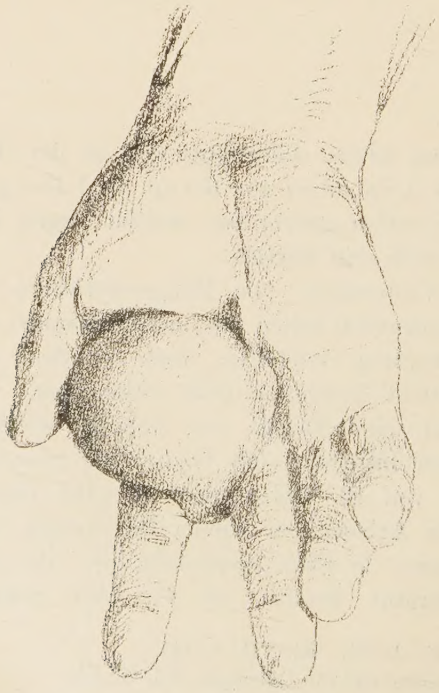
Schlusse der Arbeit in kurzem Auszug angefügt sind. Sie sind wohl ausreichend, um über die wesentlichen Punkte bezüglich des Vorkommens, der Erscheinungen und Diagnose dieser seltenen Affektion Aufschluss zu gewähren.

Ich lasse zunächst die Mitteilung der drei Beobachtungen aus der Bruns'schen Klinik folgen. Die beiden ersten betreffen Lipome der Hohlhand, die dritte Beobachtung betrifft ein Lipom des Mittelfingers.

1. Fall. Karl S., 14 Jahre alt, beobachtete seit vielen Jahren einen allmählich wachsenden Knoten im rechten Handteller. Die Geschwulst war stets schmerzlos. Zweimal wurden früher erfolglose Einschnitte gemacht. Durch fortgesetztes Wachstum wurden die Funktionen der Hand beeinträchtigt, deshalb entschloss sich Patient zur Operation.

Stat. praes. (Nov. 89): im rechten Handteller sind drei taubeneigrosse, zusammenhängende, weiche, verschiebliche, von normaler Haut bedeckte Tumoren; über zwei derselben finden sich lineäre Narben.

Operation: Esmarch'sche Konstriktion, nach Spaltung der bedeckenden Haut gelingt die Enucleation ziemlich leicht. Es ist keine Ligatur nötig. Die exstirpierte Geschwulst erweist sich als Fibrolipom.



2. Fall. Marie Firaillon, 61 Jahre alt, bemerkte seit 13 Jahren in

der Hohlhand rechterseits, am Köpfchen des zweiten Mittelhandknochens eine flache, zehnpfennigstückgrosse Geschwulst, die sich langsam schmerzlos vergrössert habe und jetzt durch ihre Grösse störend bei der Arbeit empfunden werde.

Stat. praes. (Mai 87): gut genährte, nicht abnorm beleibte Frau. Im rechten Handteller sitzt ein kleinapfelgrosser Tumor; die bedeckende Haut ist gespannt und leicht gerötet; direkt darunter ist der weiche Tumor zu fühlen, der Pseudofluktuation zeigt und auf seiner Unterlage verschieblich ist. Von den Bewegungen der Finger ist er unabhängig. Deutliche Lappung ist nicht nachzuweisen. Der Tumor reicht vom Daumenballen bis beinahe zum Kleinfingerballen und sitzt besonders unter dem 2. und 3. Finger. Nach oben reicht er bis zum ersten Interphalangealgelenk, indem er zwischen Zeigefinger und Mittelfinger einen etwa baumnussgrossen Fortsatz hineinschiebt. Nach unten reicht er bis zur Mitte der Hohlhand (vgl. vorstehende Abbildung).

Operation: Längsschnitt über die Höhe der Geschwulst zum Daumenballen. Die Geschwulst wird stumpf ausgeschält. Heilung nach 14 Tagen unter zwei Verbänden. Der Tumor war ein grosslappiges, 10 cm langes, 4 cm breites Lipom, aus reinem Fettgewebe bestehend.

3. Fall. Wilhelm Hipp, 5½ Jahre alt. Vor 8 Monaten wurde zum erstenmale an der Volarfläche der dritten Phalanx des rechten Mittelfingers ein linsengrosses, ziemlich hartes Knötchen bemerkt, das manchmal beim Berühren einen lebhaften Schmerz verursachte, sonst aber schmerzlos war. Die Geschwulst wuchs langsam, die Haut verdünnte sich. Da ein flüssiger Inhalt vermutet wurde, so war 4 Wochen vorher von einem Arzt eine Incision ohne Erfolg gemacht worden.

Stat. praes. (Juni 81): der Volarfläche der dritten Phalanx des rechten Mittelfingers sitzt eine über haselnussgrosse Geschwulst auf, die an ihrer erhabensten Stelle frei zu Tage liegt, sonst aber von normaler Haut bedeckt ist.

Operation: Umschneidung der Geschwulst mit zwei Bogenschnitten. Sie lässt sich leicht auslösen, da sie sich als völlig isoliert erweist. Die exstirpierte Geschwulst ist ein rundliches, aus reinem Fettgewebe bestehendes Lipom mit glatter Oberfläche.

Mit Einschluss der vorstehenden drei Beobachtungen beträgt die Gesamtzahl der Fälle von Hand- und Fingerlipomen, über welche wir verfügen, 52, von denen auf Lipome der Hand 37 Fälle, auf solche der Finger 15 Fälle kommen. An der Hand dieses Beobachtungsmaterials will ich versuchen, die wesentlichsten Punkte der in Rede stehenden Affektion kurz zusammenzufassen.

Beginnen wir zunächst mit der Besprechung der Lipome der Hand, so finden wohl die Angaben, welche über die Fettge-

schwülste im Allgemeinen vorliegen, in der Hauptsache auf diese Anwendung. Immerhin ergeben sich aus unseren Beobachtungen einige nicht unwesentliche Abweichungen. Was zunächst das Geschlecht betrifft, so zeigt die Statistik der Lipome von Grosch, welche 716 Fälle umfasst, dass das weibliche Geschlecht, wie es überhaupt aus mancherlei Gründen mehr zum Fettansatz geneigt ist, auch einer lokalen Ueberproduktion von Fettgewebe bedeutend mehr ausgesetzt ist. Im Widerspruch damit steht die grössere Frequenz der Lipome der Hand und Finger beim männlichen Geschlecht, die sich aus unserem Material in Uebereinstimmung mit Poulet ergibt. Unter 36 Fällen, bei denen das Geschlecht bemerkt ist, waren 23 Männer und 14 Weiber.

Beim Vergleich dieser Zahlen drängt sich natürlich sofort die Frage in den Vordergrund, wodurch dieser Widerspruch bedingt ist. Man wird dadurch unwillkürlich zu der traumatischen Aetiologie geführt, die freilich, da sie nur in wenigen Fällen erwiesen zu sein scheint, mit grosser Vorsicht aufgenommen werden muss. Andererseits muss bei dem starken Ueberwiegen des männlichen Geschlechts trotz der Kleinheit der Zahlen eine Zufälligkeit ausgeschlossen werden. Für die Annahme einer begünstigenden Ursache, die in einer mechanischen Reizung bei Ausübung von verschiedenerlei Handwerken liegen würde, scheint weiterhin der Umstand zu sprechen, dass die Kranken fast durchweg der arbeitenden Klasse angehörten. Es mögen nur genannt sein: Taglöhner, Kutscher, Fischer, Fleischer, Bauer, Papierarbeiter, Nähterin. Hiezu kommt, dass von 27 Fällen, in denen die Körperseite angegeben ist, 21 auf die rechte, 6 auf die linke Hand kommen. Man wird sich demnach der Annahme jenes ätiologischen Moments nicht wohl verschliessen können. Leider gelingt es nicht, die Fälle einzeln in dieser Beziehung zu verwerten, da die Angaben grossenteils sehr mangelhaft sind, und da ich in einzelnen Fällen, wo sich eine diesbezügliche Angabe findet, auf die Anamnese kein grosses Gewicht legen möchte. Für einigermassen erwiesen möchte ich nur den Fall 14 von Moulinier halten, der einen Papierarbeiter betraf; in diesem Fall scheint der Tumor durch den langjährigen andauernden Druck des Messers, das der Mann benützte, hervorgerufen worden zu sein. Man wird solchen vereinzelten Angaben umso weniger Gewicht beilegen dürfen, wenn man die ungemeine Seltenheit der Handlipome gegenüber der enormen Zahl von Arbeitern, welche sich derartigen Einwirkungen aussetzen, erwägt.

Was das Lebensalter betrifft, in welchem sich diese Geschwülste entwickelt haben, so lässt sich darüber nur sagen, dass das Kindesalter die geringste Frequenz aufweist, während das Jünglings- und Mannesalter bevorzugt ist. Innerhalb der letzteren Grenzen lässt sich aber keine bestimmte Regel aufstellen. Es mögen hier die Zahlen folgen, wie sich in 21 Fällen, in denen Alter des Patienten und Entstehungszeit der Geschwulst genau bekannt war, die Verhältnisse darbieten.

Auf das	1.	Dezennium	kommen	4	Fälle
„ „	2.	„	„	4	„
„ „	3.	„	„	2	„
„ „	4.	„	„	2	„
„ „	5.	„	„	8	„
„ „	6.	„	„	3	„

Diejenigen Fälle, in denen eine Entstehungszeit nicht angegeben ist, gehören fast durchweg dem Mannesalter an, was mit dem Vorkommen der Lipome im Allgemeinen übereinstimmt.

Sodann ist zu erwähnen, dass die angeborenen Hand- und Fingerlipome gegen die erworbenen vollständig in den Hintergrund treten. Unter sämtlichen 52 Fällen sind nur 5 angeborene Lipome. Der eine Fall (11) betraf ein 3jähriges Kind, bei dem sich das Lipom mit dem Wachstum des Kindes gleichmässig vergrösserte. Zwei Fälle (32 und 33), von Vogt beobachtet, waren diffuse Lipome, die den Daumenballen betrafen; zwei weitere, von Broca (11) und Vogt (13) beschriebene hatten ihren Sitz an den Fingern.

An Heredität ist nur in einem von Poulet beschriebenen Fall zu denken, in welchem ein Bruder der mit Lipomen an der Hand und Vorderarm behafteten Patientin eine Anzahl von Lipomen an verschiedenen Körperstellen trug.

Wenn wir zu den anatomischen Verhältnissen übergehen, so ist vorauszuschicken, dass Lipome am Handrücken, wo die anatomische Anordnung der Gewebe eine andere ist, als an der Hohlhand, sehr selten sind; es sind nur zwei derartige Fälle bekannt. In einem Fall von Billroth (34) sass das hühnereigrosse, seit 20 Jahren bestehende Lipom am rechten Handrücken; im zweiten von Ehm beschriebenen Fall aus der Greifswalder Klinik (35) nahm der seit 40 Jahren bestehende Tumor den ganzen Handrücken ein und dehnte sich von der Handwurzel bis zum Metacarpo-Phalangealgelenk aus. Poulet läugnet das Vorkommen von Lipomen an dieser Stelle ganz.

Die Hohlhand-Lipome haben ihren Sitz entweder oberflächlich unter der Haut, oder tiefer unter der Palmarfascie, so dass man subkutane und subaponeurotische Formen unterscheidet. Unter unseren Fällen sind die letzteren die weitaus häufigeren, während bekanntlich im Allgemeinen bei den Lipomen der subkutane Sitz bedeutend überwiegt. Dies lässt sich wohl begreifen, wenn man in Betracht zieht, dass am Handteller die Haut sehr fest und straff an die Aponeurose angeheftet ist, während zwischen Aponeurose und den Sehnenscheiden ein lockeres Zellgewebe eingelagert ist, das der Entwickelung von Lipomen weniger hinderlich ist. Leider gelingt auch hier wegen mangelhafter Beschreibung einer grossen Zahl von Fällen eine genauere Unterscheidung nicht. Immerhin lassen sich Zahlen angeben. Unter 34 genauer beschriebenen Fällen waren 19 subaponeurotische und 5 subkutane Lipome, 10 Fälle sind zweifelhaft.

Bezüglich der subaponeurotischen Lipome hat Notta die Vermutung aufgestellt, dass sie von Fettanhängseln der Synovialzotten ihren Ursprung nehmen; allein dagegen wurde mit Recht eingewendet, dass nur in wenigen Fällen ein Zusammenhang der Sehnenscheiden mit der Geschwulst bei der Operation sich herausstellte. Nur zwei Fälle finden sich, in denen der Tumor ohne Eröffnung der Scheide nicht entfernt werden konnte; beide Fälle betreffen Fingerlipome. In dem einen Falle von Pollin (1) war der Tumor sehr innig mit der Scheide der Flexoren verwachsen; im zweiten Falle von Ranke (4) war der Daumen deutlich in seinen Funktionen behindert und es musste die Sehnenscheide des Flexor pollicis eröffnet werden.

Intramuskulärer Ursprung wird in einem Fall von Lipom angegeben, das Pitres für ein in seiner Peripherie fettig metamorphosiertes Fibroid hält.

Was den Sitz der volaren Handlipome betrifft, so ist die bevorzugteste Stelle die Hohlhand im engeren Sinne, die unter 37 Fällen 27mal betroffen war. Ihr zunächst kommt die Gegend des Daumenballens, auf die 7 Fälle kommen; endlich ist in einem Fall (6), in welchem die ganze Hand hypertrophisch war, wegen der diffusen Fettentwickelung der Sitz nicht genau zu lokalisieren.

Die Lipome der Hohlhand sind in der Mehrzahl mehr oder weniger cirkumskripte, abgrenzbare Tumoren; in manchen Fällen gelang die Abgrenzung jedoch schwer und in einzelnen Fällen findet sich die Angabe, dass sie diffuser Natur gewesen seien (25, 32, 33, 6). Die

Oberfläche war verschiedenartig gestaltet, bald glatt ohne Prominenzen, gleichmässig anzufühlen, bald höckerig, uneben, bald deutlich gelappt (4, 5, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 18, 29, 35 und ein Fall aus der Tübinger Klinik). Die Konsistenz ist ebenfalls sehr verschieden: in den meisten Fällen weich, manchmal pseudofluktuierend; andere male entsprechend der Anwesenheit von reichlicherem Bindegewebe, derbere, sogar feste Konsistenz. Die Angaben über die Konsistenz der Tumoren sind auch in solchen Fällen, wo nur reines Fettgewebe vorhanden war, untereinander auffallend abweichend.

Die Form und Grösse der Tumoren ist entsprechend der Wachstumsrichtung sehr verschieden. Teils sind sie rundlich und bilden eine einheitliche Geschwulst, deren Oberfläche höchstens durch ihre Lappung in ihrer Regelmässigkeit etwas beeinträchtigt wird, bald sind es Tumoren, die zahlreiche Ausläufer haben und die je nach der Richtung, welche diese Ausläufer nehmen, bei flüchtiger Untersuchung den Eindruck von vollständig isolierten Tumoren machen können, während sie in Wirklichkeit in Zusammenhang stehen; hierher sind die Lipome mit dorsalen Fortsätzen zu rechnen (7, 9, 11, 18, 20, 29).

Die Grösse schwankt sehr; doch sind es trotz des meist sehr langen Bestehens fast durchweg kleinere Tumoren von Halborangen-, Apfel-, Mandarinen-, Kartoffel-, Hühnerei-, Wallnuss-, Taubenei-, Haselnussgrösse.

In der Ausbreitung des Wachstums tritt die Richtung gegen die Peripherie ganz in den Vordergrund: das Lipom sendet seine Fortsätze in die Räume zwischen den Metacarpalknochen, wie dies in zahlreichen Fällen konstatiert werden konnte (9, 10, 11, 12, 26, 29 und im Fall 2 aus der Tübinger Klinik), während die Ausbreitung gegen den Vorderarm aus unten zu besprechenden anatomischen Gründen nur bis zur gemeinsamen Sehnenscheide möglich ist. In einem einzigen von Rigand beschriebenen Fall (12) soll ein kleiner, von der volaren Hauptgeschwulst ausgehender Fortsatz unter das Ligamentum annulare carpi existiert haben. Weitere Fortsätze kommen vor unter den Beugesehnen, wie dies in den Fällen von Notta und Bryant (13, 18) als kurze Notiz sich findet. In dem Falle von Poulet (22) hatte der Tumor einen intermuskulären Fortsatz. Die dorsalen Ausläufer wurden schon erwähnt: in 3 Fällen waren durch die wachsende Geschwulst die Mittelhandknochen auseinandergedrängt. In dem Fall von Richet

(7) fand man eine Erweiterung des 3. und 4. Intermetacarpalraums; in der Beobachtung von Péan (11) waren die beiden ersten Mittelhandknochen gegen ihr peripheres Ende auseinandergedrängt. Im Fall 29 nahm der Tumor den dritten Intermetacarpalraum ein und drängte den Mittel- und Ringfinger auseinander.

Meist waren es einfache, abgekapselte Lipome, die nur locker an die Umgebung angeheftet waren und deshalb der Enucleation keine Schwierigkeiten bieten, während in anderen Fällen straffe Verwachsungen vorhanden waren. Die Lipome sind verhältnismässig selten mit der Unterlage, speziell mit den Sehnenscheiden verwachsen, in der Regel sind sie frei beweglich. Die Struktur war in der grossen Mehrzahl die des reinen Fettgewebes; in 7 Fällen waren es Mischgeschwülste, und zwar Mischung von Lipom mit Fibrom, so in den Fällen 7, 9, 10, 14; ferner im ersten Fall aus der Tübinger Klinik und dem 4. und 5. Fall von Fingerlipomen. In einem nicht näher beschriebenen Fall von Pozzi bestand ein Angiom-Lipom. In einigen Fällen war ein fibröser Kern vorhanden (7, 9).

Die Erscheinungen der Lipome der Hand sind in mancher Beziehung typisch, in anderen Punkten weniger scharf ausgeprägt. Im Vordergrund steht das im Vergleich mit anderen Geschwulstarten ausserordentlich langsame Wachstum. Wie aus unseren Fällen ersichtlich ist, schwankte die Zeitdauer vom Beginn der Geschwulstbildung bis zur Zeit der Beobachtung von einem halben bis zu 40 Jahren, die Durchschnittsziffer ist 12 Jahre. Das Wachstum ist fast ausnahmslos ein stetiges, unmerklich fortschreitendes, so dass manche Patienten über den eigentlichen Beginn ihres Leidens offenbar selbst nicht im Klaren waren. Nur in einzelnen Fällen wird berichtet, dass der Tumor längere Zeit stationär geblieben sei.

Der Grund, weshalb diese Tumoren so lange getragen werden, bildet zugleich eine weitere Eigentümlichkeit: er liegt in der vollkommen schmerzlosen Entwickelung und den ausserordentlich geringfügigen Funktionsstörungen. Ausgesprochene Schmerzhaftigkeit ist offenbar sehr selten (4, 9, 13, 14, 20 und der Fall von Fingerlipom aus der hiesigen Klinik). Wenn Schmerzen vorhanden waren, so trugen sie gewöhnlich einen mehr rheumatischen Charakter, waren nicht auf die Stelle der Geschwulst beschränkt und konnten nicht genau lokalisiert werden. In einzelnen Fällen wird von einem unangenehmen Gefühl berichtet, von einer Erschlaffung, die beson-

ders bei der Arbeit, bei der Kontraktion der betreffenden Muskelgruppen die Kranken ergriff (8, 10). Ein Gefühl von Kribbeln wird in den Fällen 8, 13, 22 angegeben.

Die Funktionsstörungen waren, wenn überhaupt vorhanden, verhältnismässig sehr unbedeutend. In 16 Fällen waren solche Störungen da. Einige davon waren so leichter Art, dass sie kaum als eigentliche Beschwerden angesehen werden können. Zum Teil war es Schmerz beim Ergreifen von Gegenständen, der störend wirkte, wie in den Fällen 4, 14, 20. Im Fall 8 war der Grund Erschlaffung bei einer Muskelanstrengung. Im Fall 22 und dem 4. Fall von Fingerlipom bestand Behinderung der Funktion des Daumens durch die Geschwulst. Auch im 3. Fall aus der Tübinger Klinik war die Arbeit behindert. Im Fall 29 bestand eine leichte Flexionskontraktur. Die übrigen Fälle waren dadurch ausgezeichnet, dass hier die Geschwulst nur durch ihre Grösse störend wirkte. In allen Fällen traten diese Erscheinungen erst in einem sehr späten Stadium auf.

Der Befund bei der Inspektion und Palpation ist in der Regel folgender: der Tumor bietet entweder eine rundliche Form dar, oder hat, wenn er aus mehreren zusammenhängenden Teilen besteht, mehr ein unregelmässiges, unebenes, höckeriges Aussehen. Die Haut ist meist intakt; eine Ausnahme davon bildeten die Fälle, in denen durch fortgesetzte Arbeit eine andauernde Reizung bedingt war. Die Konsistenz ist in der Regel weich und zeigt die bereits oben besprochenen Abweichungen. Der Tumor ist auf der Unterlage verschieblich, bei Druck keine Schmerzhaftigkeit. Zu erwähnen ist noch ein Symptom, das unten weiter besprochen werden soll, das Gefühl scheinbarer Fluktuation, wie es beim Lipom die Regel bildet, sowie das Gefühl feiner Krepitation.

Was die Diagnose betrifft, so ergibt ein Blick auf das statistische Material folgendes Resultat: unter 35 Fällen, in welchen sich eine diesbezügliche Notiz findet, wurde 15mal die Diagnose auf Lipom gestellt, in 11 Fällen war man zweifelhaft und liess die Diagnose offen, in 6 Fällen wurde Hygrom diagnostiziert, in zwei Ganglion und in einem Fall Enchondrom; also 9% Fehldiagnosen, 31% zweifelhafte Fälle und 42% richtige Diagnosen. Daraus folgt, dass die Diagnose verhältnismässig schwierig sein muss und dass namentlich die Möglichkeit einer Verwechslung mit Hygrom nahe liegt. Zu dieser Verwechslung können verschiedene Momente Anlass geben, vor allem das Gefühl von scheinbarer Fluk-

tuation und von Krepitation, wie sie beide beim Hygrom vorkommen. Wirkliche Fluktuation wurde vor der Operation in 11 Fällen angenommen, Pseudofluktuation in 5 Fällen. Es ist dies aus der überwiegend weichen, durch das feine elastische, beinahe flüssige Fett bedingten Konsistenz leicht zu erklären. Der andere Punkt betrifft ein Gefühl von Knirschen unter dem Druck der Hand, wie es gerade bei Reiskörpercysten beobachtet wird. Diese Erscheinung fand sich in den Fällen 4, 5, 8, 14, 15, 29 und im Fall 1 und 5 von Fingerlipomen. Das Reiben bei diesen Lipomen hat übrigens einen feineren Charakter als bei den Reiskörpercysten. In einem Fall war die Fehldiagnose durch eine scheinbare Transparenz begünstigt (Fall 10 von Fingerlipom).

Trotz diesen Aehnlichkeiten gibt es aber doch eine Reihe von Merkmalen, die vor einer Fehldiagnose zwar nicht immer schützen, aber sie doch manchmal verhindern können. Zunächst das Wachstum, das sich beim Hygrom doch nicht durch eine so lange Reihe von Jahren hinzieht. Sodann ist beim volaren Lipom von hohem diagnostischem Wert die Richtung der Ausbreitung. Das Lipom dehnt sich in der Hohlhand entlang den Metacarpalknochen gegen die Finger zu aus, wie in den Fällen 9, 10, 11, 12, 26, 29 und den Fall 2 aus der hiesigen Klinik. Fast nie aber dehnt es sich gegen den Vorderarm aus, weil hier seiner Weiterentwickelung durch das Ligamentum carpi volare eine feste Grenze gezogen ist. In einem einzigen Fall (12) soll ein kleiner Fortsatz unter das Ligament gereicht haben. Dies ist zur Unterscheidung von den sogen. Zwerchsackhygromen, die sich unter dem Ligament hindurch erstrecken, von sehr grosser Bedeutung. Ebenso wichtig ist das Verhalten der von der volaren Hauptgeschwulst ausgehenden Fortsätze, sofern sie auf den Handrücken übergreifen, wie im Fall 9, 11, 18, 20, 29, was bei Hygromen niemals vorkommt. Diese Fortsätze können sich derart entwickeln, dass sie die Mittelhandknochen auseinanderdrängen und sich am Handrücken als rundliche Wülste vorwölben. Die volaren Ausläufer haben strang- oder wurstförmige Gestalt, sind rundlich und hängen gewöhnlich deutlich mit der Hauptmasse in der Hohlhand zusammen. Es kommen auf diese Weise weite Verzweigungen zu Stande. —

Zu den Lipomen der Finger ist nur noch wenig nachzutragen, indem das bisher besprochene in der Hauptsache auch für sie zutrifft. Den Zeigefinger betrafen 4 Fälle, den Mittelfinger und kleinen Finger je 2, den Daumen und Ringfinger je einer. Die

übrigen 4 Fälle weisen keine nähere Angabe auf. Die Tumoren sassen mit Ausnahme eines Falles an der Palmarseite. In diesem ganz vereinzelten Fall von dorsalem Lipom sass die Geschwulst auf der zweiten Phalanx des Zeigefingers. Die übrigen Lipome sassen durchweg an der Volarseite und hatten die betreffende Phalanx manchmal beinahe ringförmig umschlossen. In einem Fall von Richet (5) umfasste der Tumor die Seitenteile der ersten Phalanx und die zwei oberen Drittel der zweiten Phalanx derart, dass die Geschwulst vom Finger durchbohrt erscheint. Im andern Fall (6) war die erste Phalanx ebenfalls vom Tumor fest umfasst. In 5 Fällen war der Sitz die zweite Phalanx, in 2 Fällen die dritte und in 3 Fällen die erste Phalanx. Die Symptome sind im übrigen ganz dieselben wie die der volaren Handlipome. —

Die Behandlung kann nur in der Exstirpation des Tumors bestehen. Diese ist bei einfachen, abgekapselten, mit der Umgebung nicht verwachsenen Lipomen sehr einfach. Die Enucleation gelingt dann nach Freilegung der Geschwulst mit dem Finger oder einem stumpfen Instrument. In dieser Weise gelang die Exstirpation in den Fällen 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 19, 20, 21, 22, 31, in den Fällen 1, 2 und 3 der hiesigen Klinik und im Fall 3 und 4 von Fingerlipomen. Im Fall 31 sprang die Geschwulst förmlich von selbst heraus. Sind dagegen Verwachsungen da, so kann die Entfernung grosse Schwierigkeiten bieten. So war z. B. in den Fällen 1, 13, 14, 25 ein anatomisches Auspräparieren des Lipoms erforderlich, was namentlich bei Verwachsung mit den Sehnenscheiden oder gar, wie in dem von Moulinier beschriebenen Fall (14) mit der Arterie mit grosser Vorsicht geschehen muss. Die Operation ist ganz ungefährlich und auch von der Eröffnung der Sehnenscheiden ist bei genügender Beobachtung der Antisepsis keine Gefahr zu befürchten. Das Vorkommen von Recidiven scheint fast nie beobachtet. Es sind nur zwei Fälle dieser Art berichtet, der Fall 23 von Bloch, wo nähere Angaben fehlen, und das Fingerlipom (8) von Billroth, wo im 5. Lebensjahr einem Knaben ein hühnereigrosses Lipom an der Volarfläche des Zeigefingers exstirpiert worden war und nach weiteren 5 Jahren ein ebenso grosses Recidiv entfernt werden musste.

Anhang.

Kasuistik aus der Litteratur.

A. Lipome der Hand.

1. Pelletan[1]). 20jähriger Kutscher, gesund. Apfelgrosser Tumor der Innenseite des Daumens gegen die Hohlhand sich ausdehnend; unregelmässige Oberfläche, ziemlich derb, schmerzlos. Haut intakt, Anfang unbekannt, unmerkliches Wachstum. Operation: Kreuzschnitt, Auspräparieren der adhärenten Geschwulst. Schwere phlegmonöse Entzündung, Heilung mit Ankylose des Daumengelenks und Verwachsung der Narben mit den Sehnenscheiden. Dauernde Funktionsstörung.

2. und 3. Rognetta[2]). Zwei Beobachtungen von kleinen Lipomen am Handteller in der Gegend des Daumenballens und Kleinfingerballens. Grösse und Konsistenz einer kleinen Feige, schmerzlos, Haut intakt. Keine Operation.

4. Robert[3]). 27jähriger, kräftiger Fleischergeselle. Im 12. Jahr entstand eine kirschkerngrosse Geschwulst auf dem Kleinfingerballen der rechten Hand; unmerkliches Wachstum. Vor 2 oder 3 Jahren begann sie schneller zu wachsen. Halborangengrosser herzförmiger Tumor von der Gegend des Kleinfingerballens bis zum Mittelfinger hin; weiche, elastische Konsistenz; bei Druck eine Art von Krepitation, ähnlich wie bei einer Reiskörpercyste. Deutlich drei gelappte Gestalt, Haut etwas verdünnt, sonst intakt. Wegen Diagnose Hydatidencyste, erfolglose Punktion. Darauf teils Enucleation, teils Auspräparieren. Heilung vollständig.

5. Boinet[4]). 53jährige Frau. Mehrlappiger Tumor an der rechten Hand seit etwa 7 Jahren. Der grösste Lappen hühnereigross, zwischen Daumen und Zeigefinger; von den andern fünf eine am Kleinfingerballen, die andern auf jedem Metacarpophalangealgelenk. Deutliche Fluktuation. Daher Diagnose Hygrom. Incision und Exstirpation. Es war ein weiches, elastisches, subaponeurotisches Lipom.

6. Wagner[5]). Mann. Rechte Hand hypertrophisch (Riesenwuchs). Seit 5 Jahren Fettgeschwulst an der rechten Thoraxseite, die sich rasch zur Achsel und schliesslich zum Arm und Vorderarm ausdehnte. An der rechten Hand sass ein Tumor zwischen Daumen und Zeigefinger. Zwischen Kleinfinger und Handwurzel noch eine andere Geschwulst. Die Venen am Handrücken erweitert. Die Funktionen der Hand nicht aufgehoben.

---

1) Pelletan. Clin. Chirurg. T. I.
2) Gaz. méd. de Paris. 1834.
3) Ann. de thérapeutique méd. et chir. 1884.
4) Gaz. des hôpitaux. 1866.
5) Langenbeck's Archiv. Bd. VII.

7. Richet[1]). 19jähriger Mann; seit 8 Jahren Tumor im rechten Handteller; höckerig, unregelmässig, hart, besonders in den centralen Partien, schmerzlos. Die zwei letzten Intermetacarpalräume erweitert. Keine Fluktuation. Haut intakt. Die Diagnose schwankte zwischen Lipom und Fibrom. Operation: leichte Enucleation. Subaponeurotischer gelappter Tumor. Die inneren Partien fibrös, die äusseren lipomatös. Sekundäre Heilung.

8. Trélat[2]). 59jähriger Mann, gesund. Tumor in der linken Hohlhand; langsame Entwickelung, manchmal das Gefühl von Unbehagen und Erschlaffung bei den Bewegungen. Die intakte Haut durch unregelmässige Wülste emporgehoben, besonders am Kleinfingerballen. Gefühl von Fluktuation und feinem Reiben. Daher Diagnose Hygrom. Zweimalige erfolglose Punktion. Die Incision ergibt ein weiches zweilappiges, abgekapseltes, leicht zu enucleierendes Lipom.

9. Perassi[3]). 60jährige Frau, gesund; seit 12 Jahren schmerzlose, unmerkliche Entwickelung eines Tumors in der rechten Hohlhand. Haut normal, apfelgrosser Tumor im rechten Handteller, ziemlich resistent, rundlich, auf der Unterlage adhärent. Fingerbeweglichkeit intakt. Diagnose Lipom oder Cyste. Enucleation des Lipoms, das vier Fortsätze zwischen die Metacarpalknochen hineinschickte. Der Tumor war im Centrum fibrös. Heilung.

10. Pitres[4]). 60jährige Frau; Tumor am rechten Daumenballen seit 5 Jahren. Haut intakt; weicher, pseudofluktuierender Tumor, der den ersten Intermetacarpalraum einimmt, schmerzlos. Diagnose Fibrolipom. Die Operation ergibt ein weiches abgekapseltes, leicht zu enucleierendes Lipom. Im Centrum festes fibröses Gewebe. Im Innern des fibrösen Kerns finden sich quergestreifte Muskelfasern in allen Abstufungen der Degeneration.

11. Péau[5]). 3jähriges Kind; Missbildung der rechten Hand, die mit dem Wachstum immer auffallender wurde. Rechte Hand breiter als die linke. Die beiden ersten Metacarpalknochen sind gegen ihr unteres Ende etwas auseinandergedrängt. An der Basis des Daumenballens sitzt ein kleiner wenig abgrenzbarer Tumor, teigig anzufühlen, tief sitzend, keine deutliche Fluktuation, nicht verwachsen, schmerzlos. Enucleation. Glatte Heilung. Es war ein Lipom.

12. Rigaud[6]). Junger Mann; Tumor an der rechten Hohlhand, der ganz den Eindruck eines Reiskörperhygroms machte, eine kleine Ver-

---

1) Gaz. des hôpitaux. 1867.
2) Ibid.
3) Citiert von Poulet. Revue de chir. 1886. pag. 623.
4) Société anatomique. 1873.
5) Cosson. Thèse de Paris. 1879.
6) Revue méd. de l'Est. 1878. Cit. von Poulet l. c. p. 626.

längerung gegen die Köpfchen des 3. und 4. Metacarpus und eine andere unter das Ligamentum annulare; scheinbare Fluktuation. Die Operation ergibt ein leicht zu enucleierendes subaponeurotisches Lipom.

13. Notta[1]). 66jähriger Taglöhner, kräftig, gesund. Seit 6 Jahren Geschwulst am rechten Daumenballen, meist schmerzlos; unmerkliches Wachstum, dadurch Behinderung der Arbeit. Auf dem rechten Daumenballen hühnereigrosser, schmerzloser Tumor, durch eine leichte Einsenkung in zwei Teile geteilt; Haut intakt, Fingerbeweglichkeit frei. Die Operation ergibt ein abgekapseltes, leicht zu enucleierendes Lipom. Ein Teil des Tumors dehnt sich bis zum oberen äusseren Teil des Daumenballens aus und ist schwer zu exstirpieren. Ein anderer Fortsatz geht unter die Flexorensehnen. Der Tumor besteht aus reinem Fettgewebe.

14. Moulinier[2]). 52jähriger Papierarbeiter; mandarinengrosser Tumor im rechten Handteller in der Gegend des Kleinfingerballens. Bei leichter Kompression des Tumors mit der vollen Hand fühlt man deutliche Pulsation. Der Tumor ist gelappt, weich, nicht fluktuierend; leichtes Knirschen, Oberfläche höckerig. Entstehung vor zwei Jahren, anfangs schmerzlos, jetzt schmerzhaft und störend; Haut nicht verschieblich. Als Ursache wird der fortwährende langjährige Druck des Papiermessers angenommen. Diagnose Lipom. Operation: Lospräparieren von der Arterie. Ein wenig nach aussen sass ein zweiter, vollständig freier, erbsengrosser Tumor. Heilung, Gebrauchsfähigkeit.

15. Deprés[3]). 19jähriges Mädchen; Tumor an der Hand, Pseudofluktuation, Krepitation. Diagnose Lipom, durch die Operation bestätigt.

16. Pozzi[4]). Angiolipom unter der Haut der Hohlhand in der Gegend des Metacarpophalangealgelenks. Exstirpation.

17. Le Fort[5]). Tiefes subaponeurotisches Lipom der Hand. Exstirpation.

18. Bryant[6]). 50jähriger Mann, gesund. Vor 7 Jahren entstand eine Anschwellung in der Gegend des 5. Metacarpus; kurz darauf ein zweiter Tumor in der Mitte der Basis des Daumens. Sie wuchsen zugleich und bildeten einen Tumor in der Hohlhand. Zwei Jahre später erschien ein weiterer Tumor auf dem Handrücken zwischen Zeigefinger und Mittelfinger. Höckeriger Tumor, der die Innenseite des Daumenballens einnimmt und sich zwischen Daumen und Zeigefinger ausbreitet; ein anderer Tumor auf dem Handrücken. Haut beweglich, deutliche Fluktuation, Schmerzlosigkeit, Fingerbeweglichkeit intakt. Diagnose

1) Société de chir. 1882.
2) Ibid.
3) Ibid.
4) Ibid.
5) Bullet. de la Société de chir. 1882.
6) The Lancet. 1882. Vol. I. pag. 846.

Ganglion. Die Incision ergibt ein subaponeurotisches Lipom. Ausdehnung unter die Beugesehnen. Der dorsale Tumor ist nirgends verwachsen. Heilung.

19. Hodges[1]). 33jähriger Mann; seit 7 Jahren Tumor in der Mitte der rechten Hand von 1½ Zoll Durchmesser, ovoid, weich, fluktuierend, schmerzlos; offenbar subkutan. Enucleation leicht.

20. Hodges[1]). 40jähriger Bauer. Kleiner Tumor zwischen Daumen und Zeigefinger seit 2 Jahren, angeblich durch Druck einer Säge; zuerst schmerzlos, allmählich bei Druck und Beugung der Hand empfindlich, eigross, weich, schwer abzugrenzen, subaponeurotisch, gegen den Handrücken mehr als gegen die Vola vorspringend. Haut intakt, verschieblich. Die Operation ergibt ein Lipom. Enucleation.

21. Hodges[1]). 73jähriger Mann. Kartoffelgrosses Lipom des Daumenballens seit 35 Jahren. Enucleation.

22. Poulet[2]). 60jährige Frau; seit 2 Jahren Vergrösserung der Hand und Auftreten von zwei Anschwellungen am Handrücken und Vorderarm. Beweglichkeit der Hand gestört. In der Gegend des rechten Daumenballens genau abgrenzbarer Tumor, hühnereigross, Haut intakt; Konsistenz weich, fluktuierend, keine Lappung, schmerzlos. Die andern kleineren Tumoren sind diffus mit der Haut verwachsen; der Tumor am Handrücken sitzt am untern Teil des zweiten Intermetacarpalraums. Diagnose Lipom. Die Operation ergibt ein abgekapseltes Lipom, stellenweise adhärent. Der Tumor hat einen intermuskulären Fortsatz. Vollständige Heilung. Es war ein reines Lipom.

23. Bloch[3]). Lipom der Hand. Exstirpation. Recidiv.

24. Plaitos[4]). Frau mit einem Lipom in der Mitte der rechten Hohlhand.

25. Küster[5]). Diffuses Lipom bei einem 4½jährigen Knaben vom Kleinfinger bis zum Ellbogen. Entfernung durch partielle Exstirpation.

26. Gross[6]). 65jährige Frau; hühnereigrosser Tumor unter der Palmaraponeurose. Fortsatz auf die Palmarseite des Ringfingers. Besteht seit 22 Jahren. Diagnose Lipom.

27. Gross[7]). Eine Beobachtung von Lipom an der Hand.

28. Liston[8]). Lipom von beträchtlicher Grösse, das sich tief zwischen die Knochen an der Wurzel des Zeige- und Mittelfingers ausbreitete.

---

1) Boston med. Journ. 1884. pag. 362.
2) Revue de chir. 1886. pag. 631.
3) Hosp. tidende Kjoben. 1878. Cit. bei Poulet l. c. pag. 632.
4) Citiert von Poulet l. c. pag. 632.
5) Archiv für klin. Chirurgie. Bd. XII. S. 628.
6) System of Surgery. T. II. pag. 1018.
7) Ibid.
8) The Lancet. 1840—41.

29. Wahl[1]). 50jährige Frau; seit 5 Jahren Geschwulst in der Hohlhand, schmerzlos. Keine Funktionsstörungen. Der Tumor ist dreilappig. Der grösste Lappen hühnereigross, länglich, rund, den Raum zwischen erstem und zweitem Metacarpus einnehmend, auf der Dorsalfläche in einen leicht vorspringenden Wulst übergehend. Ein rundlicher Strang drang in den dritten Intermetacarpalraum ein und drängte den Mittel- und Ringfinger auseinander. Eine kleinere Geschwulst setzte sich in den 4. Intermetacarpalraum fort und drang auf den Handrücken als haselnussgrosser Knoten vor. Konsistenz weich, Haut verschieblich, Fluktuation, Krepitation. Diagnose Hygrom. Incision ergibt ein subaponeurotisches Lipom. Heilung.

30. Tillaux[2]). Mann; weicher fluktuierender Tumor auf einer Flexorensehne der Hand. Diagnose Cyste. Operation ergibt Lipom.

31. Albert[3]). Lipom in der Muskulatur des Daumenballens.

32 und 33. P. Vogt[4]). Zwei Beobachtungen von kongenitaler, mehr diffuser Lipombildung am Daumenballen.

34. Billroth[5]). 44jährige Frau; hühnereigrosses Lipom auf dem Rücken der rechten Hand seit 20 Jahren.

35. Ehm[6]). 60jährige Dienstmagd; Geschwulst am Rücken der linken Hand seit 40 Jahren, gross gelappt, den ganzen Handrücken einnehmend, Haut verschieblich, dem Unterhautfettgewebe angehörend. Die Operation wird verweigert.

B. Lipome der Finger.

1. Follin[7]). 50jähriger Mann; weiches, ein wenig gelapptes Lipom am Mittelfinger, hühnereigross. Die Operation ergibt ein subkutanes gelapptes Lipom; feste Verwachsung mit der Sehnenscheide.

2. Neyber[8]). 67jährige Frau. Stark apfelgrosses Lipom auf der zweiten Phalanx des linken Ringfingers seit 30 Jahren. Diagnose Enchondrom. Exartikulation des Fingers.

3. Volkmann[9]). 18jährige Nähterin; seit 3 Jahren harte schmerzlose Geschwulst an der rechten Hand auf der Palmarseite der 2. Phalanx, nahm allmählich einen Teil der ersten Phalanx ein. Wurstförmiger Tumor.

1) Cit. von Grosch l. c.
2) Société de chir. 1868.
3) Albert. Lehrbuch der Chirurgie. Bd. II. S. 543.
4) Deutsche Chirurgie. Lief. 64.
5) Citiert von Brohl l. c.
6) Inaug.-Dissert. Greifswald. 1889.
7) Gaz. méd. de Paris. 1852.
8) Jahresbericht von Virchow-Hirsch. 1870. I. 184.
9) Archiv für klin. Chirurg. Bd. 20. S. 380.

weich, nicht fluktuierend, Haut intakt. Diagnose Lipom oder Hygrom. Enucleation leicht. Heilung. Es war ein einfaches ungelapptes Lipom.

4. Volkmann[1]). 55jährige Frau; seit 5 Jahren weiche, schmerzlose Geschwulst an der Palmarseite der Nagelphalanx des Daumens, wurstförmig, deutlich fluktuierend, nicht gelappt; Haut normal. Funktionsstörung des Daumens. Diagnose Lipom. Enucleation. Es war ein Lipom mit glatter Oberfläche, Konsistenz wegen vorhandenem Bindegewebe ziemlich derb. Heilung.

5. Richet[2]). 20jähriges Mädchen; seit 7 Jahren Geschwulst an der Palmarseite des kleinen Fingers der rechten Hand. Im 15. Lebensjahr war die Geschwulst wallnussgross, stetiges Wachstum. Der Tumor nimmt die erste und zwei Drittel der zweiten Phalanx ein. Sitz subkutan, auf der Unterlage verschieblich, weiche Konsistenz, einige härtere Stellen, Krepitation. Haut intakt. Keine Schmerzhaftigkeit und keine Funktionsstörungen. Exstirpation. Heilung. Der Tumor bestand aus Fettgewebe mit wenig Bindegewebe.

6. Gross[3]). Kind. Fettgeschwulst an der 1. Phalanx eines Fingers. Man dachte an eine maligne Neubildung. Es bestand ein inniger Zusammenhang mit dem Knochen.

7. Gross[4]). Lipom eines Fingers. Diagnose Ganglion. Punktion.

8. Billroth[5]). 12jähriger Knabe; im 5. Lebensjahr Exstirpation eines fast hühnereigrossen Lipoms an der Volarseite der 1. Phalanx des rechten Zeigefingers. Bald nachher Recidiv, das im Lauf von 5 Jahren die ursprüngliche Grösse erreichte. Abermalige Exstirpation.

9. Billroth[6]). 18jähriger Mann. Lipom am Zeigefinger der linken Hand, Grösse einer mittleren länglichen Kartoffel. Exstirpation.

10. Volkmann[7]). Volares Fingerlipom, deutliche Fluktuation, durchscheinend; daher Diagnose Hygrom. Exstirpation.

11. Broca[8]). Mann. Angeborener weicher Tumor der linken Hand, die ganze Cirkumferenz der 1. und 2. Phalanx eines Fingers einnehmend.

12. Kessler[9]). 3jähr. Knabe; der kleine Finger links ist wurstförmig verlängert und abnorm beweglich, die Gelenkfalten durch ein dickes Fettpolster ersetzt.

---

1) Ranke. Langenbeck's Archiv für Chirurg. Bd. 20. S. 380.
2) France médicale. 1886. Cit. bei Poulet l. c. pag. 637.
3) Gross. System of Surgery. T. II. 1018.
4) Ebenda.
5) Billroth. Chir. Klinik. S. 455.
6) Ebenda.
7) Jahresbericht von Virchow-Hirsch. 1866. II. S. 359.
8) Citiert von Brohl l. c.
9) Kessler. Ueber einen Fall von Makropodia lipomat. Inaug.-Dissertation. Halle.

13. K. Vogt[1]). Drei Tage alter Knabe; angeborenes, nicht gelapptes, kirschgrosses Lipom auf dem Rücken der 2. Phalanx des Zeigefingers. Exstirpation.

14. Legendre[2]). 4½jähriger Knabe. Der 4. und 5. Finger samt der Ulnarseite der Handfläche durch ein diffuses Lipom verdickt.

---

1) K. Vogt. Einige seltene kongenitale Lipome. Inaug.-Diss. Berlin.
2) Citiert von Kessler a. a. O.